1. **年****月　災害発生報告書**

　(一社)大阪ビルメンテナンス協会　殿

**報告日****年****月****日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 災害区分 | | １無 災 害 | | | | | ２業務災害 | | | | | ３通勤災害 | | | | |  | 企　業　名 | | |  | | | | | | |
| 報告者氏名 | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | 連　絡　先 | | | ＴＥＬ：     （     ） | | | | | | |
| 災 害 発 生 年 月 日 | | | | | | | | | 災 害 発 生 時 刻 | | | | | | | | | 災 害 発 生 場 所 | | | | | | | | | |
| 年     月     日     曜日 | | | | | | | | | 午前・午後     時     分頃 | | | | | | | | | 府県　     市　     区　　     町　　     村  具体的な場所： | | | | | | | | | |
| 被災者性別 | | 被災者年齢 | | | 被災者職種 | | | | 被災者経験年数 | | | | 被災者災害部位 | | | 被災者傷病名 | | | | | | | 被災者休業日数 | | | | |
| 男・女 | | 才 | | | 清掃､設備､警備  その他（     ） | | | | 年       ヶ月 | | | |  | | |  | | | | | | | １休業なし  ２休業４日未満  ３休業４日以上 | | | ４休業15日以上  ５休業31日以上 | |
| 災 害  発 生 状 況 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 災害発生状況図 | | | | |
|  | | | | |
| 考えられる  原　　　因 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 再 発  防 止 対 策 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 分類 | 墜落 転落 | | 転　倒 | | | 激　突 | | 飛　来 落　下 | | 倒　壊 | 激突され | | | 挟まれ 巻き込まれ | 切　れ こすれ | | | | 有害物質 | 感　電 | | 交通事故 | | 動作の 反動等 | 針刺し | | その他 | |
|  | |  | | |  | |  | |  |  | | |  |  | | | |  |  | |  | |  |  | |  | |

**※ 無災害の場合でも、毎月その翌月の１０日までに必ず報告してください。 ＦＡＸ：０６-４２５６-５３７５　E-mail：osakabma@obm.or.jp**

**※ 「無災害企業安全表彰」の申請基準となります。　※「休業91日以上」は別紙②「重篤災害発生報告書」をご提出ください。**